

Dakó József

A családorvosok véleménye is fontos – kérdőíves felmérés a házi orvosok körében

Bevezetés

A következőkben szeretném ismertetni saját kutatásomat, amelyet ebben a félévben, az Új Nemzeti Kiválósági Program keretein belül végezhettem. Házi orvosokkal kvantitatív adatfelvételt folytattam, kérdőívet töltöttem ki velük, majd elemeztem a beérkező válaszokat. Ebben a dolgozatban ezt a kutatást, majd az eredményeket szeretném ismertetni, abban reménykedve, hogy sikerül rávilágítanom az egészségügyi alapellátás mindennapos problémáira. Miután a családorvosok helyzetéről általánosságban írok néhány bekezdés erejéig, ismertetni szeretném az általam alkalmazott módszertan részleteit. Ezek után a házi orvosi alapsokaság, és a mintám válaszadóinak demográfiai jellemzőit mutatnám be. Ezt követően, a kérdőív válaszai alapján megvitatom a házi orvosi rendszer aktuális problémáit, majd nem kevésbé kényes kérdéssről szeretnék beszélni, mint a finanszírozás és a hálapénz az alapellátásban. A publikáció végén szintetizálni szeretném a leírtakat, és esetleges megoldási javaslatokra, beavatkozási lehetőségekre is kitérek.

A kutatás eredménye egyértelművé teszi azt, hogy az egészségügyi alapellátás nem csak a betegek, hanem a házi orvosok megítélése szerint is minél előbbi beavatkozást sürgető problémákkal küzd. Ezen túl rávilágít arra, hogy a hálapénz intézménye a családorvoslás rendszerén belül is mélyen beágyazott gyakorlat.

A családorvosokról röviden

A Medián közvélemény-kutató néhány hete publikált jelentéséből kiderül, hogy a magyar társadalom szerint az ország legsúlyosabb meg-

oldandó problémája az egészségügy jelenlegi helyzete, megelőzve többek között a korrupciót, az elvándorlást vagy a bevándorlást. Ez egyébként azzal is magyarázható (azon túl, hogy az egészségügyi rendszer nagyon komoly kihívásokkal néz szembe), hogy az egészségügygel mindannyian találkozunk valamilyen módon.

Jelen tanulmányban azonban kizárólag az alapellátást érintem, sőt azon belül is csak a háziorvosok helyzetét, így tehát a fogorvosi alapellátás, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás nem tartozik vizsgálatom tárgya alá. Az, hogy miért fontos a családorvosokról beszélni, világossá válik akkor, ha megértjük, hogy a háziorvosoknak van egy ún. „kapuórszerep”-ük: *„a háziorvos olyan informált tanácsadó lehet, aki csökkentheti a szakorvosi, illetve a kórházi ellátásra nehezedő nyomást, és amennyiben ez indokolt, útbaigazíthatja a beteget az alapellátáson túli szolgáltatások között”* (Csaba és társa 1997).

Ebből az következik, hogy az egész egészségügyi ellátórendszer szempontjából releváns kérdés az, hogy az alapellátás egyik legfontosabb szereplője, a háziorvosok milyen véleménnyel rendelkeznek munkájuk keretfeltételeinek megítélésével kapcsolatban.

2018-ban végeztek nagy mintán egy felmérést, amelynek keretében arra voltak kíváncsiak, hogy a **betegek** mennyire elégedettek az egészségügy egy-egy alrendszerével kapcsolatban. Íme az eredmény:

**9. táblázat: A betegek elégedettsége az állami egészségügy egyes területeivel
(5 fokozatú skálán)**

Háziorvosi ellátás	3,58
Állami kórházi ellátás	2,80
Állami járóbeteg szakrendelés	3,07

Forrás: saját szerkesztés a Szinapszis (2018) eredményei alapján

Jól látható, hogy az egészségügy keresleti oldalán elhelyezkedő betegek messze az állami háziorvosi ellátás minőségével a leginkább elégedettek. Azonban – mint ahogyan a kereslet sem értelmezhető kínálat nélkül – úgy alapellátásról sem beszélhetünk akkor, ha figyelmen kívül hagyjuk az abban dolgozó szakembereket. Emiatt is döntöttem úgy, hogy ezúttal a **háziorvosok** véleményét szeretném részletesebben

megismerni, ők hogyan élik meg a betegellátás mindennapjait és a felmerülő akadályokról, nehézségekről milyen megítélésük van.

A módszertan ismertetése

A szakirodalom áttekintése és egy szakmai konferencia tapasztalatai alapján megfogalmaztam azokat a kérdéseket, melyek véleményem szerint a legfontosabbak a hazai alapellátás vonatkozásában. Miután kaptam egy általános képet az alapellátás helyzetéről, igyekeztem kiemelni a neuralgikus pontjait. A kérdőívet Google Űrlap segítségével készítettem el. A standardításra és a strukturáltságra ügyeltem, minden válaszadótól ugyanazokat a kérdéseket, ugyanabban a sorrendben kérdeztem meg. A kérdések – kettő kivételével – saját szerkesztésűek voltak, a kérdőív módszerének követelményeiből fakadóan túlnyomó többségében zárt kérdéseket tettem fel. A kérdőívet, amely négy nagyobb tartalmi egységből épült fel, a válaszadók maguk töltötték ki.

A Semmelweis Egyetem egy kutatócsoportja a Magyar Tisztiorvosi Hivatallal együttműködésben 2018-ban szintén végzett egy survey felmérést a háziorvosok körében, azonban az 5060 e-mail címre kétszer is kiküldött kérdőívből mindössze 145 válasz érkezett be két hónap alatt (Széman és társa 2018). Emiatt úgy gondoltam, más elérési csatornát kell keresnem, ha értékelhető nagyságú mintát szeretnék. Ezért úgy döntöttem, hogy háziorvosok önként szerveződő csoportjait keresem meg, így esett a választásom egyrészt a Magyar Háziorvosok Országos Csoportjára és a Háziorvosok Online Szervezetére. Míg az előbbi csoport közösségi felületére töltöttem fel a kérdőív linkét, addig az utóbbi szervezet vezetője, viszonylag hosszas egyeztetések után köre-mail formájában juttatta el a HaOSz-tagoknak a kérdéssort. Nagyságrendileg ezer-ezerötszáz főhöz juthatott el kérdőívem, amelyet két hét alatt 120-an töltöttek ki, mindannyian háziorvosok.

A mintám természetesen nem reprezentatív az alapsokaságra nézve, de ismerve az orvosok alacsony válaszadási hajlandóságát, irreális is lett volna erre törekedni. Miután a kérdőívemet a próbakérdés során több háziorvos is kitöltötte, és az általuk visszajelzett tanácsokat, megjegyzéseket figyelembe vettem, úgy gondolom, a kérdéssor érvényesnek mondható. A megbízhatóságról kizárólag abban az esetben tudnék nyilatkozni, ha bizonyos idő elteltével újra lekérdezném a kérdőívet.

Demográfiai sajátosságok

Az alábbi táblázatban foglaltam össze a magyar háziiorvosi populáció, illetve a mintámba került háziorvosokra vonatkozó demográfiai jellemzőket. Ezen a ponton kettő dologra szeretném felhívni a figyelmet.

Egyrészt arra, hogy a háziiorvosi szakma alapvetően elnőiesedő tendenciát mutat, míg egy évtizeddel ezelőtt nagyjából ugyanakkora arányban képviseltette magát a két nem, addig mára a nők aránya jelentősen felülreprezentált a családorvosok körében. A másik tendencia pedig – az egész magyar társadalmat érintő problémához hasonlóan – a háziorvosok előregedése. Láthatjuk, 2018-ban az alapellátásban dolgozó orvosok átlagéletkora 60 év volt. Ráadásul, ami még súlyosabb probléma, hogy 44%-uk elmúlt 60 esztendő. A mintába került orvosok átlagéletkora 9 évvel alacsonyabb, mint az alapsokaságé, azonban ezt azzal magyarázom, hogy az idősebb családorvosok kevésbé használják az internetet, mint fiatalabb kollégáik, így kisebb eséllyel jutott el hozzájuk megkeresésem.

2. táblázat: Demográfiai jellemzők a háziiorvosi alapsokaság és a kutatás válaszadói körében (%)

A háziiorvosi alapsokaság		A válaszadók	
2017	6173 fő	120 fő	
	Férfiak	43,4%	(2676 fő)
2017	Nők	56,6%	(3497 fő)
2018	Átlagéletkor	60 év	
2015	Főváros	20%	(1255 fő)
	Többi város	54%	(3461 fő)
	Község	26%	(1627 fő)
2017	Felnőtt praxis	55,9%	(3452 fő)
	Vegyes praxis	21,0%	(1295 fő)
	Gyermek praxis	23,1%	(1426 fő)
	Férfiak	35,0%	(41 fő)
	Nők	65,0%	(76 fő)
	Átlagéletkor	51 év	
	Főváros	19,7%	(23 fő)
	Többi város	50,4%	(59 fő)
	Község	29,9%	(35 fő)
	Felnőtt praxis	62,2%	(74 fő)
	Vegyes praxis	24,4%	(29 fő)
	Gyermek praxis	13,4%	(16 fő)

Forrás: saját szerkesztés a KSH adatai és a kérdőívet kitöltők válaszai alapján

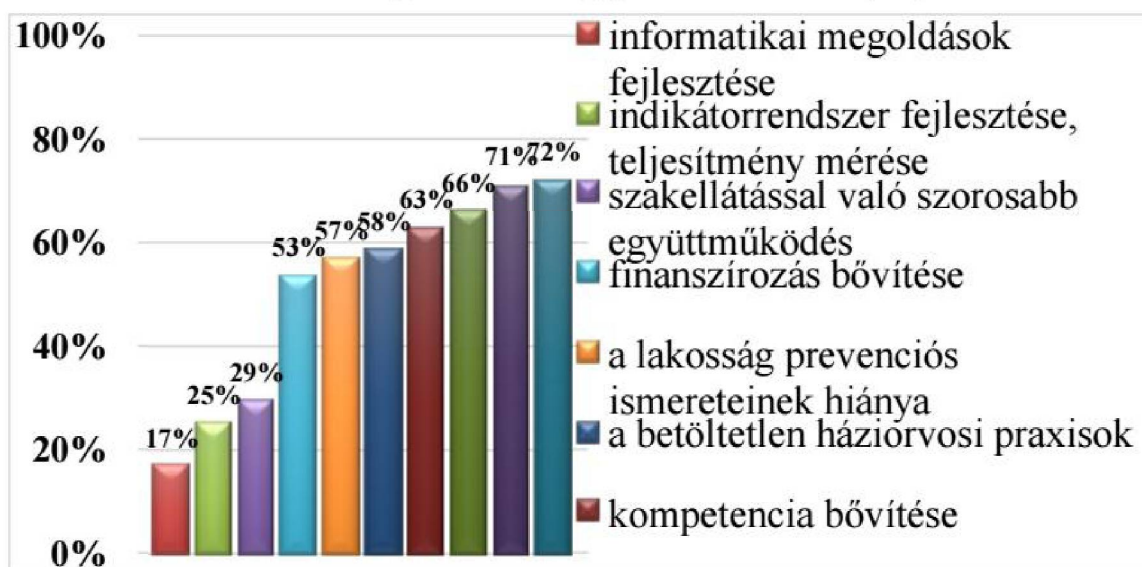
Megállapítható, hogy településtípus és praxisszervezés szempontjából kisebb eltérés tapasztalható a minta és az alapsokaság megoszlásait tekintve: a legtöbben városban (de nem Budapesten) és felnőtt praxisban tevékenykednek.

Aktuális problémák

Ettől a ponttól kezdve szeretnék rátérni a kérdéssorom konkrét eredményeire. A mintából származó válaszokat alapul véve, először is szeretném megvilágítani az alapellátást érintő aktuális problémákat, kihívásokat.

Az „Ön szerint melyek ma a legégetőbb problémák/kérdések az alábbiak közül? (Több válasz is lehetséges.)” formában feltett kérdésre az alábbi megoszlásban érkeztek a válaszok:

1. ábra: Az egyes válaszlehetőségeket az alábbi arányban jelölték meg problémaként (%)



Forrás: saját szerkesztés a kérdőív válaszai alapján

A válaszlehetőségeket a Háziorvosok Online Szakszervezete által rendezett konferenciabeszámolóból emeltem át. Egy háziorvos átlagosan 5,2 problémát jelölt meg. Most szeretnék néhány mondatban írni arról, hogy egy-egy megjelölt probléma/kérdés alatt mit is értsünk:

Informatikai megoldások fejlesztése: A legalacsonyabb arányban ezt az előre megadott opciót jelölték a válaszadók. Ennek okát én egy aktuális fejleményben látom. 2018 év elejétől ugyanis bevezették az ún. „EESZT”-t, az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Teret. Betegként ezzel leginkább az e-recept kapcsán találkozhatunk. Úgy vélem, a háziorvosi praxisokban ezen rendszer bevezetése miatt nincs túlzottan nagy igény az informatikai rendszerek további fejlesztésére.

Indikátorrendszer fejlesztése, teljesítmény mérése: A háziorvosok gyakran számolnak be arról, hogy a finanszírozásban nagyon alacsony arányt képvisel azon kifizetések aránya, ami a munkateljesítményükhöz lenne köthető. Az elvégzett munka minőségéhez kapcsolódóan kevés visszajelzést kapnak.

Szakellátással való szorosabb együttműködés: A családorvosok egyfajta lenézést tapasztalnak a szakorvosok részéről, akikről úgy vélekednek, hogy a lobbijük is sokkal nagyobb. Gyakran panaszkodnak a két ellátási szint közötti kommunikáció hiányosságaira, illetve azt is nehezményezik a háziorvosok, hogy a szakorvosok alig használják az újonnan bevezetett „EESZT”-t.

Az ezen a ponton túl ismertetett problémák mindegyikére elmondható, hogy több mint a válaszadók fele megjelölte azokat.

Finanszírozás bővítése: Ehhez nem fűznék jelen dolgozatban különösebb megjegyzést, szakirodalmak sora érvel amellett, hogy az egészségügyben forráshiány van, ami alól az alapellátás sem képez kivételt.

A lakosság prevenciós ismereteinek hiánya: Magyarországon kevésbé elterjedt az a megközelítés, amelyet „prekurabilitációs” szemléletnek (Vályi 2015) hívnak. Ez a kifejezés a „prevenció”, a „kuráció” és a „rehabilitáció” szavak összevonásából jött létre, utalva arra a Nyugat-Európában és az USA-ban már elterjedt felfogásra, amikor a beteg a megelőzésre és a betegség utáni felépülésre is kellő figyelmet fordít. Hazánkban még ma is az a közkeletű vélekedés, hogy orvoshoz csak betegség esetén kell fordulni.

A betöltetlen háziorvosi praxisok: Ma hazánkban 331 a betöltetlen háziorvosi praxisok száma, Csongrád megyében viszont mindössze 9

ilyen van, a régiónk másik két megyéjével összevetve Csongrád megye helyzete a legkedvezőbb. Ami viszont országos és általános tendencia az az, hogy a betöltetlen praxisok száma évről évre növekedést mutat.

Kompetencia bővítése: Nem értik a háziorvosok, miért nem érvényesíthetik szakmai tudásukat a betegek érdekében. Például hiába van egy háziorvosnak egyébként kardiológus szakvizsgája, nem írhat fel betegének kedvezményesen vérhígítót, csak (egy szintén kardiológus szakvizsgával rendelkező, de szakorvosként dolgozó orvostól származó) szakorvosi javaslatra.

Túlzott adminisztrációs terhek: Erről itt szintén nem írnék részletebben, ez egy olyan probléma, amiről nem csak az egészségügyben dolgozók számolnak be.

Háziorvosi szakma presztízsének javítása: A háziorvosok szerint a szakellátásban dolgozó orvosok úgy tekintenek rájuk, mintha az orvostársadalmon belül alul foglalnának helyet. Az imént említett túlszabályozott kompetenciahatárok szintén nem a szakma presztízsének növelése irányába hatnak.

Utánpótlás hiánya: A Magyar Orvosi Kamara idei előrejelzése szerint a következő öt évben 800 háziorvos vonul nyugdíjba, míg évente mindössze 40-50 új családorvos lép be a rendszerbe (MOK 2018).

A dolgozat terjedelmi korlátjaiból fakadóan az aktuális problémákról nem értekeznek tovább, de úgy gondolom, belátható az, hogy az egészségügyi alapellátás több, hosszú távon is fennálló kihívással néz szembe. A lehetséges megoldási javaslatokra a dolgozatom végén még röviden visszatérek.

Finanszírozás és hálapénz

Az egészségügyi finanszírozás technikai részleteinek ismertetésébe most nem bocsátkoznék, hiszen annál érdekesebb az, hogy maguk az orvosok, jelen esetben a háziorvosok hogyan vélekednek a jelenlegi finanszírozási helyzetről. Különösen a hálapénz kérdése foglalkoztatott, és a kérdéssorban is egy jelentős részt szántam e köré a téma köré.

A hálapénz: *„az orvosnak önként adott juttatás, amely a beteg ember meggyógyítását, életének megmentését, új életek világra segítését olyan hála kíséri, amelynek kifejezése kényszer nélküli és szabad elhatározáson alapul”* (Király 2016). Az, hogy ez a mai magyar egészségügyben mennyire felel meg a valóságnak, tehát valóban kényszer nélkül adjuk-

e, ráadásul az ellátást követően, nem pedig azt megelőzően, egy külön dolgot ölelne fel. Azért fontos mégis erről beszélni, mert éves szinten egyes szakemberek 70 milliárd forintba becslik a mértékét (Lantos 2017), míg más szerző 50 és 100 milliárd forint közé teszi azt (Balázs 2014). Fontos ugyanakkor megemlíteni, hogy a legtöbben azt gondolják, hogy a hálapénz csak a szakellátásban van jelen. Én ezzel szemben azzal a feltételezéssel éltem, hogy az alapellátás sem mentes ettől a jelenségtől.

Tudva, hogy ez egy rendkívül kényes terület, nem szerettem volna a kérdőív jelen blokkjában magával a „hálapénz”-zel kezdeni, először az alábbi kérdéseket tettem fel, felvezetve a témát:

3. táblázat: A háziorvosok szubjektív jólétének megítélése (5 fokozatú skálán)

Mennyire ért egyet az alábbi kijelentésekkel:	Me	Mo
Az alapellátás jelenlegi finanszírozási rendszerével elégedett vagyok.	2	1
Úgy gondolom, a praxis után járó bevételek arányban állnak a kiadásaimmal.	2	2
Úgy gondolom, a nettó bevételemből olyan színvonalon tudok élni, amilyenén szeretnék.	1	1

Forrás: saját szerkesztés a kérdőív válaszai alapján

Különösen az utolsó sorra szeretném felhívni a figyelmet: az orvosok legalább fele egyáltalán nem ért egyet azzal a kijelentéssel, hogy a nettó bevételeiből olyan színvonalon tud élni, amilyenén szeretne. Erre a kérdésre a leggyakoribb válasz szintén az „*egyáltalán nem értek egyet*” opció volt. A hálapénz kérdésének vizsgálatakor tehát érdemes abból az alapvetésből kiindulnunk (legalábbis, amikor a minta válaszadóiról teszünk kijelentéseket), hogy nem érzik kielégítőnek az állami finanszírozás jelenlegi mértékét.

Lássuk, mit válaszoltak akkor, amikor már konkrétan a hálapénz mértékére kérdeztem rá. A kérdést általános formában fogalmaztam meg, nem pedig úgy, hogy azt a válaszadó magára vonatkoztassa, azonban még így is meglehetősen alacsony válaszadási hajlandóságot tapasztaltam, ami azt erősíti meg, hogy ez egy meglehetősen kényes kérdés az orvostársadalom körében.

„Ön szerint egy házi orvos ma maximum mekkora összeget fogadna el páciensétől egy alkalommal?” – ez volt a konkrét kérdés, amire a 120 főből 77-en írtak be valamilyen értéket, ami 64%-os válaszadási hajlandóságot jelent ez esetben. A 77 főből 11 fő „0 Ft”-ot közölt válaszként, amit én informatívnak tartok, hiszen ezáltal nyomatékosította a válaszadó, hogy szerinte a házi orvosok semmilyen körülmények között nem fogadják el a pénzbeli juttatások ezen formáját.

Ezt követően kiszámoltam azon válaszok átlagát, ami nem „0 Ft” volt, így maradt 66 válasz a mintában. Válaszaik alapján egy házi orvos ma maximum átlagosan 11400 Ft-ot fogadna el egy alkalommal. A leggyakoribb válasz az 5000 Ft volt, a válaszok fele 10000 Ft vagy annál kisebb összeg, azonban érkezett egy 100000 Ft-os válasz is.

Ezek után a családorvosok attitűdjére voltam kíváncsi. Az alábbi két kérdést egy 2016-os kutatásból emeltem át (Torzsa 2016), megvizsgálva azt, hogy a válaszadóim mennyire tükrözik vissza az ő kérdőívükre válaszolók véleményét. Azt találtam, hogy a hálapénz megítélése mindkét kérdés esetében visszatükrözte a korábbi kutatás eredményeit.

4. táblázat: A hálapénz megítélése a válaszadók körében (%)

Mit gondol jelenleg a hálapénzről? (Több válasz is lehetséges.)	
Sosem fogadható el.	32%
Elfogadható, ha a beteg anyagi helyzete a hálapénz adását megengedi.	35%
Elfogadható, hiszen jó munkát végzek, és ezért kapom.	13%
Elfogadható, praxisfejlesztésre vagy jótékonyági célra.	8%
Egyéb	23%

Forrás: saját szerkesztés a kérdőív válaszai alapján

A házi orvosok véleménye markánsan megoszlik a kérdés megítélésében. Van egy közel egyharmados arányt képviselő csoport, akik szerint a hálapénz „sosem fogadható el”. Míg van egy, a válaszadóim közel felét magába foglaló tömb, akik bizonyos körülmények között elfogadhatónak vélik a hálapénzt.

5. táblázat: A hálapénz mértékét befolyásoló tényezők (%)

Ön szerint a hálapénz mértékét mi határozza meg? (Több válasz is lehetséges.)	
A beteg anyagi helyzete.	63%
Az orvosi munka teljesítménye.	35%
Egyéb	29%

Forrás: saját szerkesztés a kérdőív válaszai alapján

Arra a kérdésre, hogy a hálapénz mértékét mi határozza meg, szintén visszaköszöntek a 2016-ban elvégzett kutatás eredményei.

Nevezetesen, hogy a háziorvosok szerint a hálapénz elfogadásakor elsősorban a beteg anyagi helyzete a döntő, míg az orvosi munka teljesítménye csak másodlagos.

Szeretném felhívni a figyelmet az „Egyéb” válaszok szokatlanul magas arányára, ami mindkét kérdés esetében megfigyelhető volt. Az „Egyéb” válaszokból arra következtettem, hogy érdemes lehet kvalitatív módszerekkel tovább boncolgatni a kérdést.

Összegzés

Alapvetően két megállapítással szeretném összefoglalni a tanulmányban leírtakat.

Egyrészt látható, hogy a háziorvosi rendszer komoly nehézségekkel küzd, és ezt nem csak a betegek érzik, hanem az abban dolgozó háziorvosok is. A főbb problémák ismertetésén keresztül igyekeztem felvillantani, milyen szerteágazó, strukturális változásokat igénylő problémahalmazzal állunk szemben.

Másrészt azt is bizonyítottnak gondolom, hogy az alapellátást szintén érinti az alulfinanszírozottság, illetve a hálapénz, mint jelenség, ott is tapasztalható. Még egyszer meg kell említeni, hogy ezeket a megállapításokat csupán a minta válaszadói véleményére alapozva tehetem, de úgy érzem a megkérdezett orvosok nem képeznek egy elszigetelt, tel-

jesen más véleményen lévő halmazt a teljes családorvosi populációhoz képest.

Annak érdekében, hogy optimista végszóval zárjam le a dolgozatomat, el kell mondanom, hogy léteznek megoldási javaslatok. Egyrészt, 2012 és 2016 között zajlott egy ún. Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, ahol egy újfajta megközelítésben, csoportpraxisokba tömörülve végezték tevékenységüket a háziorvosok Magyarország hátrányos helyzetű keleti régiójában, és pozitív, az emberek egészségi állapotában megjelenő javulást tapasztaltak. A modellprogram alapján íródott közel 70 oldalas tanulmány kidolgozott és részletes beavatkozási javaslatokat kínál azokra a kérdésekre/problémákra, amelyekre kérdőívemben rákérdeztem. Tehát a jelenlegi állami egészségügyi alapellátásban, megfelelő politikai akarat mellett lenne egy kész, kidolgozott cselekvési terv.

Vagy, ahogyan azt Lantos Gabriella a 2018-as Társadalmi R riportban is érintette, az alapellátás is elmozdulhat a magánellátási formák irányába, a „*területi ellátási kötelezettség nélküli*” háziorvosi praxisok térnyerésével párhuzamosan (Lantos 2018).

Kutatásom előnye és hátránya ugyanazon tényezőnek tudható be: a kérdőíves forma (bár sok témakör érintésére ad lehetőséget) csak leíró jellegű megismerést tesz lehetővé. Ahhoz, hogy a háziorvosok attitűdjét, motivációit jobban megismerhessem, kvalitatív módszerek alkalmazása lenne a célszerű.

Irodalom

Állami Egészségügyi Ellátó Központ: *Fogalomtár*.

[https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Alapellátás](https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Alapellatas)

Balázs Péter (2013): Orvosi hálapénz: mi a megalkuvásunk titka? *Lege Artis Medicinae*, 2, 144-149. o.

Csaba Iván – Gál Róbert Iván (1998): Ulysses a kórházban: Betegutak az egészségügyben és a háziorvos kapuőr- szerepe. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Vukovich Gy. (szerk.): *Társadalmi riport*. TÁRKI, Budapest, 340-360. o.

KSH (2015): *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2014*. KSH, Budapest.

KSH Statinfo (2018): *Egészségügyi Alapellátás*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.

<http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?page=2&szst=FEA>

Lantos Gabriella (2017): Erzsike néni utazzon 30 km-t vagy Tóth doktor 1300-at? A finanszírozható és működőképes egészségügyi rendszer. In: Jakab A. – Urbán L. (szerk.): *Hegymenet. Társadalmi és politikai kihívások Magyarországon*. Osiris, Budapest, 401-423. o.

Lantos Gabriella (2018): A párhuzamos valóság – a magánegészségügyi rendszer kiépülése. In: Kolosi T. – Tóth. I. Gy. (szerk.): *Társadalmi riport*. TÁRKI, Budapest, 286-308. o.

Magyar Orvosi Kamara (2018): *A fiatal orvosoknak nem vonzó az alapellátásban dolgozni*. <https://mok.hu/hirek/lapszemle/a-fiatal-orvosoknak-nem-vonzo-az-alapellatasban-dolgozni>

Széman Zsuzsa – Tróbert Anett Mária (2018): Házi orvosok és idősellátás egy kérdőíves kutatás tükrében. *Orvosi Hetilap*, 8, 312-319. o.

Szinapszis (2018): *Szinapszis Kutatások a Magánegészségügyről 2014–2016*. Szinapszis Piackutató és Tanácsadó, Budapest.